

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE D'ANGERS

CURAGE ET CURETTAGE

DANS

LES SUITES DE COUCHES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 10 décembre 1908 à 1 heure

PAR

GABRIEL HERSANT

<i>Président</i>	M. RIBEMONT-DESSAIGNES, professeur.
<i>Juges.</i>	MM. RAYMOND, professeur.
	QUENU, professeur.
	JEANSELME, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
G. JACQUES, ÉDITEUR
14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

—
1908

CURAGE ET CURETTAGE
DANS
LES SUITES DE COUCHES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs		M. LANDOUZY MM
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		A. GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		DEJERINE
		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		PRENANT
Opérations et appareils		QUENU
Pharmacologie et matière médicale		G. POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie		Gilbert BALLEST
Pathologie comparée et expérimentale		ROGER
		DEBOVE
Clinique médicale		LANDOUZY
		HAYEM
		DIEULAFOY
Clinique des maladies des enfants		HUTINEL
Clinique des maladies syphilitiques		GAUCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		
Clinique des maladies du système nerveux		JOFFROY
		RAYMOND
		LE DENTU
Clinique chirurgicale		SEGOND
		BERGER
		RECLUS
Clinique ophthalmologique		DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
Clinique d'accouchements		PINARD
		BAR
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice

MM.	COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON	DUVAL	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BBUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ	MULON	

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE D'ANGERS

CURAGE ET CURETTAGE

DANS

LES SUITES DE COUCHES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 10 décembre 1908 à 1 heure

PAR

GABRIEL HERSANT



Président	M. RIBEMONT-DESSAIGNES, professeur.
Juges.	MM. RAYMOND, professeur.
	QUENU, professeur.
	JEANSELME, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

G. JACQUES, EDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1908

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNES

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A MES PROFESSEURS

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

*Souvenir de nos excellentes relations et
des joyeuses années passées ensemble à
l'Hôtel-Dieu d'Angers.*

AVANT-PROPOS

A la veille de quitter l'Ecole de Médecine et l'Hôtel-Dieu d'Angers, où j'ai passé peut-être les meilleures années de ma vie, c'est une satisfaction en même temps qu'un devoir pour moi, d'adresser un témoignage de reconnaissance aux maîtres qui m'ont guidé dans mes études médicales avec tant de science et de dévouement.

Que M. le docteur Legludic, directeur de l'Ecole reçoive l'assurance de ma profonde gratitude pour les preuves de sympathique bienveillance qu'il m'a toujours témoignées au cours de mes études.

A l'Hôtel-Dieu j'ai eu l'honneur d'être attaché d'abord comme externe, ensuite comme interne au service de M. le professeur Jagot. C'est à son école que j'ai appris les difficultés du diagnostic et que j'ai vu la bonté et la douceur que doit apporter le médecin près de ceux qui souffrent. Durant tout le cours de mes études, il s'est montré un maître plein de sollicitude à mon égard, je lui dois plus qu'un souvenir, je l'assure de mes sentiments affectueux.

C'est à M. le docteur Monprofit, professeur de clinique chirurgicale, que je dois le meilleur de mes connaissances chirurgicales ; il m'a fait voir les merveilles que peut réaliser aujourd'hui un chirurgien expérimenté et doué d'une rare habileté. Je suis fier d'avoir été l'interne d'un tel maître. Je suis heureux de lui exprimer ici tous mes remerciements.

Ma reconnaissance est également acquise à M. le docteur Thibault qui m'a initié aux finesses de l'auscultation et dont j'ai eu la

bonne fortune de suivre comme interne les leçons cliniques si détaillées, si pleines d'aperçus nouveaux. Son souvenir restera gravé dans ma mémoire ainsi que les excellents principes qu'il m'a inculqués.

A M. le docteur Motais, professeur de clinique ophtalmologique, j'offre l'hommage de ma profonde gratitude pour les notions cliniques d'ophtalmologie que j'ai puisées à son fécond enseignement.

J'eus encore le bonheur à l'Ecole ou à l'Hôtel-Dieu de profiter des conseils et de la science de MM. Mâreau, Martin, Brin, Charier, R. Tesson, Cocard, Maugourd, Roguet, Turlais, Royer, Le Corre, Launay et Dénécheau. Qu'ils veuillent bien accepter l'expression de toute ma reconnaissance.

Que M. le docteur Petit reçoive mes remerciements pour l'aimable empressement qu'il a mis à me laisser suivre sa clinique dentaire où j'ai puisé les notions d'odontalgie si nécessaires à tout praticien.

Je prie M. le docteur Gaugain, chef de clinique obstétricale, de recevoir mes remerciements sincères pour avoir bien voulu m'aider dans les recherches qu'a nécessitées ce travail.

Je dois un hommage particulier à mon maître, M. le docteur Boquel, professeur de clinique obstétricale, chirurgien de la Maternité, qui m'a initié avec une rare bienveillance à l'art si important des accouchements. C'est lui qui m'a inspiré le sujet de cette thèse pendant que j'avais l'honneur d'être son interne. Qu'il me permette de l'assurer ici de ma sincère reconnaissance et de ma respectueuse affection.

M. le professeur Ribemont-Dessaignes me fait le grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse. Qu'il daigne agréer l'expression de ma profonde gratitude.

INTRODUCTION

A lire les traités d'accouchement et de gynécologie, à consulter les nombreux travaux qui ont été publiés sur la question du curage et du curettage utérin, il semble que tout doit être élucidé, qu'aucune question ne reste à débattre et cependant chaque jour dans les revues spéciales, dans les discussions des sociétés savantes cette question revient sur le tapis ; c'est que les affections auxquelles ces interventions s'adressent sont les plus redoutables et les plus protéiformes ; c'est que l'expérience de chaque jour vient modifier dans un sens ou dans un autre les idées jusque-là reçues.

Elève de la maternité d'Angers nous avons eu naturellement l'occasion d'assister et de prendre part à de nombreuses interventions de cet ordre ; nous avons vu le curettage si peu fréquent déjà relativement, au début de nos études, dans le traitement de l'infection puerpérale consécutive à un accouchement, devenir de plus en plus exceptionnel dans ces circonstances. D'autre part l'avortement devenant de plus en plus fréquent nous avons vu les interventions devenir beaucoup plus habituelles dans des cas où autrefois on n'intervenait peu ou tardivement. Le curage est devenu une opération presque journalière, le curettage plus fréquent qu'autrefois n'est cependant guère resté qu'un auxiliaire important du curage, celui-ci le précédant le plus souvent et les deux étant concluants ; le curettage seul étant l'exception pour prendre le premier rang lors de complications tardives. C'est que si d'une part les idées ont changé sur l'utilité du curettage après l'accouchement, les

circonstances dans lesquelles nous avons à intervenir après l'avortement sont d'autre part bien différentes d'autrefois. Un élément même nouveau, presque secondaire autrefois s'est introduit dans la pathologie obstétricale et y a pris une place prépondérante : la provocation volontaire de l'accouchement avec les désordres du côté de l'œuf, qu'on ne voit plus même avant trois mois être expulsé en bloc et les phénomènes de contamination septique qui en sont les conséquences.

Plus que jamais l'hémorragie et l'infection se montrent après l'avortement et cela presque toujours immédiatement, quelquefois à une date éloignée. Le curage et le curettage sont toujours à l'ordre du jour et les conditions de leur opportunité modifiées par les circonstances mêmes expliquent les variations des idées.

Ainsi ayant à présenter une thèse dans des circonstances que nous aurions souhaités moins rapides, familiarisé avec ces opérations auxquelles nous avons assisté un nombre considérable de fois, ayant pu même suivre les malades et voir les résultats, avons-nous pensé qu'une revue de la question mettant en évidence la pratique suivie à la maternité d'Angers ne serait pas sans intérêt, si modeste et si hâtif que soit notre travail.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION DU CURAGE ET DU CURETTAGE. LEUR BUT. LEUR DIFFÉRENCE

En thérapeutique utérine le curage et le curettage ont été souvent exposés comme deux méthodes différentes, ayant dans leur action une certaine identité, particulièrement au point de vue de l'infection. Et à un moment donné il est résulté que le curettage instrumental devait l'emporter à tout jamais, qu'il constituerait la panacée souhaitée. Il est bien déchu aujourd'hui de cette place prépondérante.

En fait il y avait confusion : le curage et le curettage sont deux opérations parfaitement différentes, non pas seulement dans leur mode d'action et leur manuel opératoire, mais encore dans le but qu'elles se proposent et il suffit de se reporter à leur définition pour le comprendre

Le curage c'est l'ablation de corps étrangers, de quelque nature qu'ils soient, retenus dans la cavité utérine, qu'ils s'agissent de produits physiologiques comme le placenta ou de produits pathologiques comme des polypes ou des tumeurs. Il a pour but de détourner par l'ablation des corps étrangers les conséquences qui résulteraient ou ont déjà résulté de leur séjour et naturellement le curage se trouve ainsi dirigé contre l'hémorragie d'une part, l'infection de l'autre, qui sont les deux grandes complications de la retention de produits étrangers dans la cavité utérine.

Le curettage au contraire, c'est l'abrasion de la muqueuse utérine et c'est tout. En voulant lui demander l'ablation des corps

étrangers, on lui demandait plus qu'il ne pouvait donner et l'on comprend combien ses indications se trouvent réduites de ce fait même. Peut-on par l'abrasion de la muqueuse utérine lutter contre les affections à point de départ utérin qui menacent la vie de la femme et entraînent l'hémorragie et l'infection qui sont les grandes complications de la puerpéralité, quelquefois immédiates, d'autrefois éloignées. Evidemment oui, dans certains cas, mais encore faut-il d'une part que ce soit la muqueuse et la muqueuse seule qui soit en jeu, d'autre part que la muqueuse puisse être abrasée dans sa totalité, et l'on conçoit combien déjà ces indications se trouvent réduites.

Pour bien comprendre les indications respectives des deux, il faut se pénétrer de ces idées, de leur définition même et aussi comprendre qu'elles sont les conditions dans lesquelles se trouvent la matrice après l'accouchement comme après l'avortement, immédiatement après ou assez longtemps après. De ces conditions découlent évidemment les indications opératoires, le résultat que l'on peut en espérer, les dangers qui peuvent résulter de l'emploi non judicieux ou inconsidéré de l'une ou de l'autre de ces interventions.

CHAPITRE II

MANUEL OPÉRATOIRE DE CES OPÉRATIONS

Curage. — En gynécologie toutes les interventions sur l'utérus par la voie vaginale sont accompagnées des soins les plus minutieux. Il doit en être de même pour le curage digital et le curettage. La muqueuse utérine après un avortement ou un accouchement est d'une sensibilité extrême au point de vue de l'infection. Les soins antiseptiques préliminaires sont donc d'une très grande importance. Il n'est pas suffisant que les mains et les doigts de l'opérateur, que les instruments soient soigneusement désinfectés. Il faut leur éviter la souillure des germes qui pullulent dans le vagin et le transport de ces germes dans la cavité utérine.

L'introduction de la main entière dans le vagin, la dilatation digitale ou instrumentale du col si ce dernier n'est pas perméable, l'abaissement et la fixation du corps utérin à travers la paroi par la main abdominale, la nécessité de malaxer le corps de l'utérus afin d'en exprimer les débris retenus, sont des manœuvres très douloureuses qui exigent d'une façon absolue l'anesthésie générale et prolongée.

La malade étant donc parfaitement endormie on a soin de raser les organes génitaux externes et le pubis, de faire le cathétérisme de la vessie, le savonnage et le brossage de toute la région vulvo-vaginale; ensuite on donne une injection vaginale d'une solution antiseptique et on applique sur le ventre un champ opératoire qui permettra les manœuvres de la main

abdominale sans que cette main soit souillée par le contact d'une paroi septique. Cette simple précaution permet les changements de main pendant les manœuvres du curage sans avoir besoin de faire un nouveau lavage.

On procède alors à l'exploration de l'utérus. Pendant que l'opérateur d'une main presse fortement sur le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale et l'abaisse le plus possible, il introduit dans le vagin son autre main gantée de caoutchouc moulé et va reconnaître le col utérin. Celui-ci peut être ouvert et permettre l'introduction du doigt s'il n'y a pas de contraction ; on procède alors à une dilatation lente en malaxant les lèvres du col jusqu'à ce que l'index et le médius pénètrent dans l'intérieur de la cavité utérine.

Si le col n'est pas perméable il est nécessaire de procéder à une dilatation instrumentale. La dilatation lente par les tiges de laminaire et les ballons sont d'excellents moyens qui ne s'appliquent pas à la méthode que nous préconisons. Comme agents de dilatation rapide nous avons à notre disposition soit les dilateurs métalliques, soit les bougies de Hégar ; c'est à ces dernières que nous nous adressons le plus ordinairement. Celles-ci ayant permis l'introduction du doigt dans le canal cervical, la dilatation est ensuite complétée manuellement. On va explorer la cavité utérine pour reconnaître l'endroit où siège le placenta en insistant particulièrement au niveau des cornes. Dans le cas d'enchatonnement du placenta cette exploration peut rester vaine, l'utérus est vide et les parois sont lisses, comme nous l'avons trouvé dans l'observations n° XIV relatée plus loin. En recherchant plus soigneusement on découvre ordinairement au niveau d'une corne un petit orifice donnant accès dans une seconde loge qui renferme le placenta. On procède à une seconde dilatation qui se fait assez facilement.

Le placenta peut être libre dans la cavité utérine ; après s'être alors assuré qu'il ne reste aucun fragment adhérent à la paroi, on cherchera à l'entraîner au dehors. Au contraire il peut lui être plus ou moins adhérent, il faudra donc procéder au décollement. Pour le faire aisément, l'index et le médius contour-

nent les parties adhérentes, soulèvent celles qui sont libres, se glissant doucement entre la masse placentaire et le tissu utérin de façon à la mobiliser et à la détacher de son point d'implantation. On recommande de se servir de la pulpe des doigts et de ne jamais se servir de l'extrémité unguéale, ou bien, si la cavité utérine permet l'introduction de la main entière, d'employer en dédolant tantôt le bord radial, tantôt le bord cubital de la main, selon l'endroit où se trouve implanté le délivre et de parfaire la manœuvre avec l'extrémité des doigts auxquels on imprimera de petits mouvements, comme si on voulait enlever la peau d'une orange.

Méthodiquement on explorera les faces antérieure et postérieure surtout les cornes et le fond; les cornes utérines sont la partie la plus difficilement accessible, celle où les débris placentaires offrent le moins de prise.

Pour bien explorer toute la cavité utérine il est nécessaire d'employer alternativement l'une et l'autre main, la main droite de l'opérateur explorant avec plus de facilité la moitié droite de l'utérus, la main gauche la moitié gauche. Or si on a eu soin de protéger l'abdomen d'un champ opératoire tous ces changements se font rapidement sans que l'on ait besoin de procéder à une nouvelle asépsie des mains.

Lorsqu'on aura décollé la masse placentaire on l'amènera au dehors, les doigts de la main vaginale recourbés en crochets pendant que la main abdominale fera de l'expression. Cette opération n'est pas toujours aisée, le col utérin n'offrant pas un passage suffisant et au placenta et aux doigts qui tentent de l'attirer; la masse placentaire alors tourne comme la bille dans un grelot sous l'action des doigts qui veulent l'attirer. Pour obvier à cette difficulté on fait entraîner le placenta par un courant d'eau en procédant de la façon suivante : La sonde de Doléris est introduite jusqu'au fond de la cavité utérine et derrière le placenta; un bock muni d'un tube de caoutchouc et d'une canule qui s'adaptera sur la sonde de Doléris est placé à une hauteur suffisante pour que le courant d'eau qui arrive derrière le placenta puisse entraîner celui-ci

vers l'orifice du col sans jamais amener une distension de l'utérus. Cette condition sera facile à réaliser en s'arrangeant de façon à ce qu'il y ait toujours une filtration permanente de l'eau de l'injection entre les parois du col et le placenta qui s'y engage. Dès que celui-ci apparaît entre les branches de la sonde à l'orifice cervical, on place sur ce placenta une pince à kyste qui écrase sans la déchirer la masse placentaire. On s'abstient de faire des tractions sur la pince et on tend la masse placentaire de manière à la diriger plutôt qu'à l'attirer dans le col. Elle est expulsée au dehors par la « vis à tergo » de l'eau qui s'écoule lentement derrière. Il est nécessaire que le liquide servant à cette opération ne contienne aucune substance antiseptique pouvant être absorbée par les sinus utérins largement ouverts par suite du décollement placentaire. L'écoulement d'eau présente de plus l'avantage d'entraîner au dehors tous les débris qui ont pu être détachés de la masse placentaire au moment de son décollement.

Écouvillonnage. — L'*Écouvillonnage* nous semble être le complément nécessaire du curage. L'emploi de l'écouvillon de Doléris ne nous semble pas indispensable. Une compresse de gaze aseptique prise par une extrémité dans les mors d'une pince à pansement puis enroulée plusieurs fois autour des branches sur une longueur et épaisseur suffisantes correspondant aux dimensions de la cavité utérine, nous donne un écouvillon simple qui introduit et retourné méthodiquement dans l'utérus en déterge les parois.

Des écouvillons semblables sont successivement introduits et puis retirés jusqu'à ce qu'ils ne ramènent plus de débris placentaires ni de lambeaux flottants de la caduque vraie.

Curettage. — Le curettage peut suivre le curage et l'écouvillonnage utérin, soit que l'exploration digitale terminale que nous faisons systématiquement avant de tamponner l'utérus nous ait montré des débris placentaires très adhérents non décollables avec les doigts, soit que l'utérus saigne abondamment, excellent signe de rétention de débris minimes non décollables au doigt, soit qu'enfin nous ayons à faire à une

muqueuse infectée. Tels sont les trois cas que nous admettons comme indications formelles du curettage.

On procède alors à la mise en place d'un écarteur des parois du vagin afin de bien voir le col utérin. Les valves vaginales courtes et larges, celles de Sims donnent beaucoup de jour, mais immobilisent un aide. Les spéculums nous semblent plus commodes. Notre préférence va à celui imaginé par Guelliot ; ses valves courtes et larges, mobiles sur leur pivot, actionnées par la crémaillère des branches de la pince donnent un jour considérable et n'empêchent pas l'abaissement du col. Il tient bien en place sans le secours d'un aide et s'enlève facilement. Le col que l'on doit voir en entier est alors pincé sur la surface vaginale de sa lèvre antérieure par une ou deux pinces de Museux dont les griffes pénétreront dans la paroi musculo-conjonctive du col, la muqueuse seule ne donnant qu'une prise insuffisante et qui déchirera à la première traction. On abaisse alors l'utérus en tirant parallèlement aux parois vaginales. On donne la pince à maintenir sans violence par l'aide qui en l'absence d'anesthésie générale ne la rabattra pas sur le pubis, afin d'éviter toute douleur produite par une pression de cette pince sur les organes génitaux externes. L'opérateur place alors une main sur l'abdomen, saisit le fond de l'utérus, redresse son axe s'il est dévié, de l'autre il introduit doucement la curette jusqu'au fond de la cavité utérine. Le bec de l'instrument vient butter doucement contre le fond de l'utérus maintenu par la main abdominale. On promène alors la cuillère de la curette méthodiquement sur la face antérieure de l'utérus, parallèlement au grand axe, de haut en bas, en traçant une série de stries parallèles au grand axe de l'utérus, sur la face postérieure, sur les bords, sur le fond. Le curettage des cornes nécessite quelquefois un changement de curette à cuillère plus petite. L'introduction de cette nouvelle curette se fait avec la même douceur que précédemment.

Si l'on emploie comme nous l'avons vu faire et fait nous-même une curette de taille moyenne et tranchante il faut éloigner toute idée de force dans son maniement ; on abrase la

muqueuse en la sectionnant, non en la grattant. Nous prétendons trouver dans l'emploi de la curette tranchante une sécurité de plus contre les risques de perforation. Quelque paradoxale que puisse paraître *à priori* cette opinion, nous l'appuyons sur ce fait expérimental répété devant nous sur la table d'autopsie, qu'il est difficile de débarrasser entièrement de sa caduque une paroi utérine à l'aide d'une curette mousse. Il faut déployer une force réelle qui doit être dangereuse dans des utérus d'accouchées à parois très ramollies et d'inégales épaisseurs. Avec la curette tranchante au contraire un résultat parfait est atteint sans force partant sans danger. Dans la vie courante d'ailleurs, n'est-ce pas avec les rasoirs ébrechés que l'on se fait les plus profondes entailles.

Lorsque la curette ne ramène plus, en quelque endroit qu'on la promène, que des caillots, l'opération est achevée. Nous ne parlons pas à dessein du cri utérin. Si dans des utérus à une date assez lointaine de l'accouchement on le trouve, on le constate, sans jamais le chercher comme le conseille M. le Professeur Pozzi, dans des utérus à parois ramollies incapables de se contracter suffisamment pour faire saillir leurs fibres musculaires, condition nécessaire à sa production.

Si le col est perméable au doigt et la cavité utérine capable de l'admettre, une nouvelle exploration digitale renseigne sur l'état de la cavité. On introduit une sonde intra-utérine, et une grande injection antiseptique entraîne les débris et les caillots ; une compresse aseptique imbibée d'un liquide antiseptique, de l'iode par exemple, est montée sur une longue pince à mors plats et promenée sur les parois de la cavité. Pour éviter les effets caustiques de cet iode sur le vagin, c'est une bonne précaution de diriger un courant d'eau bouillie dans le vagin. Il ne reste plus qu'à faire un pansement intra-utérin avec une mèche de gaze faiblement iodée par exemple, enfin de continuer une légère antiseptie de la cavité. Cette mèche méthodiquement introduite par le col et légèrement tassée dans la cavité ressortira par le col assurant en même temps le drainage de la cavité ! Une nouvelle mèche est tassée dans le vagin à mesure qu'on

enlève les pinces qui fixaient le col. On fait un pansement vulvaire et la femme peut être replacée dans son lit.

Ces deux modes d'intervention, que l'on veut trop souvent opposer l'un à l'autre, alors qu'en réalité, chacun ayant un but différent : le curage enlever les corps étrangers de la cavité utérine, le curettage abraser une muqueuse malade ou encombrée de productions étrangères, doivent souvent se succéder, se compléter au cours d'une intervention bien faite.

Chacun d'eux présente des dangers qui leur sont propres ou qui tiennent aux conditions nécessaires à leur exécution. Le grand danger du curage tient à une condition extrinsèque, il nécessite presque absolument l'emploi de l'anesthésie générale. Si on a pu le pratiquer dans des cas d'extrême urgence (V. observation n° 4) sans cette anesthésie, c'est l'exception car il est extrêmement douloureux et nécessite pour être bien fait une complète résolution musculaire.

Si minces que soient les risques du chloroforme il faut cependant compter avec eux. Il faut compter aussi avec la répugnance invincible de certaines malades. Le fait est rare il est vrai et plus souvent l'emploi du chloroforme est exigé pour un curettage que refusé pour un curage.

On a objecté au curage qu'il ne peut se faire qu'à main nue et salit la main du gynécologue. Il ne faut pas songer à intervenir avec des gants épais, à doigts courts, comme ceux de Chaput. A la clinique obstétricale d'Angers, tous les curages depuis plus de deux ans ont été pratiqués, la main gantée de gants de caoutchouc moulé, à long doigt, résistant quoique fin, et les résultats ont été très satisfaisants tant pour l'opérateur que pour les malades.

Le curage dit M. Mangin est contre-indiqué en cas d'infection un pu violente « veines, lymphatiques, et souvent trompes sont souvent gorgés de pus, il semble que dans ces conditions on doive éviter autant que possible les mouvements, le massage de l'utérus pouvant jeter dans la circulation même ce pus ». Mais dans ce cas le curettage serait-il davantage indiqué ?

Une telle infection n'est plus justiciable, si l'on veut intervenir que de l'hystérectomie.

Le curage est incomplet, le doigt ne peut enlever tous les débris placentaires : c'est très probable en théorie en pratique les résultats sont excellents. En cas de doute ou d'accidents il reste toujours la ressource de faire le curettage. Les objections contre le curage, sauf celle relative à l'anesthésie ne sont donc pas très inquiétantes. C'est une excellente intervention qui dans les cas appropriés donne de parfaits résultats.

Les dangers du curettage sont beaucoup plus sérieux : on reproche au curettage : 1° d'exposer à la perforation utérine ; 2° de faire un nettoyage insuffisant ; 3° d'ouvrir des voies nouvelles à l'absorption de produits septiques ; 4° de détruire une trop grande partie de la muqueuse utérine et de conduire à l'aménorrhée et à la stérilité.

Nous allons examiner ce qu'il y a de fondé dans ces critiques faites au curettage.

Il expose à la perforation, a-t-on dit. Cette critique est parfaitement fondée lorsqu'il s'agit du curettage post-partum ; les parois de l'utérus à terme présentent toujours une mollesse, une friabilité particulière, la musculature est comme paralysée et ne réagit plus. Le curettage dans ces conditions présente donc certain danger, mais cependant évitable ; mais après l'avortement le muscle utérin épais, ferme se laisse moins facilement perforer par la curette.

La curette fait un nettoyage insuffisant, elle contourne l'obstacle, elle passe, a-t-on dit, à côté de lui, sans en soupçonner l'existence, ou bien elle glisse sur lui sans pouvoir le détacher. Disons ici qu'on évitera ces reproches si l'on a soin de faire une exploration attentive de la cavité utérine avec le doigt qui contrôlera le travail de la curette, en le promenant dans tous les points successivement.

Le curettage produit de nouveaux accidents infectieux. La curette avive trop la muqueuse utérine et supprime la barrière granuleuse de l'endomètre, les vaisseaux et les lymphatiques sont sectionnés. Cette critique paraît fondée, mais si une fois

l'opération terminée on procède à un badigeonnage de la cavité utérine avec une mèche iodée, on se mettra dans les meilleures conditions pour éviter cette inoculation.

Enfin, a-t-on dit, si la plus grande partie de la muqueuse utérine est détruite, n'est-il pas à craindre que l'aménorrhée et la stérilité ne soient les conséquences de cette destruction ? Cela pourrait être à craindre, en effet, si cette muqueuse n'était pas remplacée mais elle ne tarde pas à se régénérer aux dépens d'elle-même, grâce à la persistance des culs-de-sacs glandulaires et aussi de quelques lambeaux de membrane qui sont comme invaginés dans la couche musculaire. Quant à la prétendue aménorrhée, voici à quoi elle se réduit : la première menstruation qui suit le curettage fait généralement défaut, puis ensuite les règles reprennent leur périodicité normale.

Enfin le curettage ne condamne pas les femmes à la stérilité puisqu'on a vu des grossesses survenir chez des femmes qui avaient été curettées.

En résumé il ne faut pas exagérer à plaisir les dangers du curettage car il donne d'excellents résultats mais on devra toujours le faire suivre d'un contrôle, d'une vérification minutieuse avec le doigt.

CHAPITRE III

CONDITIONS DE L'UTERUS APRÈS L'ACCOUCHEMENT ET APRÈS L'AVORTEMENT : CAUSES DE L'HÉMORRAGIE. CAUSES ET MÉCANISME DE L'INFECTION

Nous allons chercher dans l'étude des conditions anatomiques où se trouve l'utérus après l'accouchement et après l'avortement si nous ne trouverions pas quelques indications pour ou contre les deux modes d'intervention que nous nous proposons d'étudier.

« Vidé du fœtus et de ses annexes, nous dit le professeur Varnier auquel nous empruntons toutes les données qui vont suivre, l'utérus garde le volume et la forme d'un utérus gravide de quatre mois et demi. Sa hauteur totale est de vingt centimètres, son poids moyen de 1.500 grammes. L'épaisseur de ses parois atteint de 35 à 40 millimètres, sa vascularisation est énorme ; sa sensibilité et sa contractilité sont exquises ainsi qu'en témoignent les tranchées, sa muqueuse, caduque, a presque entièrement disparu sauf au niveau du col ».

Les recherches de A. Helme nous ont appris que l'énorme accroissement de la masse musculaire était dû uniquement à l'augmentation de volume de fibres-cellules préexistantes, que pendant la grossesse, à mesure que se développent les éléments du muscle utérin on voit la charpente conjonctive croître proportionnellement.

Les vaisseaux au cours de la grossesse ont pris un énorme développement. Peut-être de nouveaux vaisseaux se sont-ils

formés par coalescence et cimentation des cellules endothéliales du tissu conjonctif.

L'évacuation de l'utérus a été immédiatement suivie de la compression des énormes sinus veineux intermusculaires. Ultérieurement ces vaisseaux redeviendront perméables ou subiront un processus d'endophlébite oblitérante.

Pour les artères même mécanisme d'oblitération par compression des sangles musculaires.

Si nous examinons la face interne de l'utérus qui vient d'expulser son placenta, cette masse de tissu musculo-conjonctive s'est rétractée par le seul jeu de la tonicité de ses fibres formant aux vaisseaux hypertrophiés une « ligature vivante ». La face de la musculuse à laquelle adhère la muqueuse, au lieu de la ligne presque droite et nette, parallèle aux fibres musculaires que l'on trouve en avant sur l'utérus grévide, forme une ligne brisée très irrégulièrement dentelée, vallonée dans laquelle s'enfoncent comme les dents d'une scie, des prolongements de la muqueuse. Entre les faisceaux conjonctifs se rencontrent les masses plasmodiales de Helme, sortes de colonies de phagocytes.

Sur la coupe de Barbour figurée dans l'obstétrique journalière nous voyons que la cavité utérine est devenue virtuelle par l'adossement exact, par l'engrénement dans les parois antérieure et postérieure. Cette compression mutuelle, ajoute Varnier, des parois cruentées, réalisée aussitôt après la délivrance, n'est pas un procédé d'hémostase sans importance. C'est pourquoi, comme nous le verrons, la présence de débris placentaires ou de caillots volumineux en mettant obstacle à cet accollement entretient l'hémorragie et provoquée, celle-ci s'arrête dès que l'utérus a été vidé.

Sur cette face interne de l'utérus, hormis la portion cervicale où la muqueuse non caduque, plissée, ecchymosée, violacée, se trouve entière, on distingue, après l'avoir débarrassée par lavage des caillots sanguins lamellaires qui lui adhèrent, une surface rouge, pulpeuse, déchiquetée. L'eau soulève de fins lambeaux déchiquetés, adhérents par l'une de leurs extrémités.

Sur cette surface on distingue deux zones d'aspect différent. Près du fond et sur l'une ou l'autre face, une partie noirâtre très déchiquetée, criblée d'ouvertures vasculaires thrombosées, c'est l'aire placentaire ayant à peu près la surface d'une paume de main. Le reste de la cavité est de couleur moins foncée et moins vallonnée, veloutée de fins lambeaux flottants, parcourue en quelques points de vaisseaux pleins de sang coagulé. C'est l'aire membraneuse.

Une coupe histologique faite perpendiculairement à la cavité utérine nous montre en allant de dedans en dehors :

Sur une épaisseur très variable de un demi à cinq millimètres, selon qu'elle s'enfonce dans les plis de la musculose sous-jacente, une couche de cellules déciduales parcourue de capillaires infiltrés de sang sans revêtement épithélial ce qui fait de cette surface utérine une vaste plaie saignante. Entre ces cellules des espaces plus clairs, restes des espaces glandulaires ayant conservé eux leur revêtement épithélial : ce sont les restes de la caduque encore adhérente à la musculose après l'arrachement et la chute de la portion adhérente au chorion. Sous cette couche choriale la couche musculose plissée du côté du chorion renfermant dans son épaisseur les vaisseaux thrombosés dans l'aire placentaire, quelquefois perméables dans l'aire membraneuse.

Tel est l'utérus après l'accouchement alors que la maturité physiologique de l'œuf à terme a amené l'expulsion du fœtus et de la délivrance et dans les avortements naturels après le sixième mois, époque où cet œuf a atteint son développement définitif au point de vue enveloppe.

L'utérus après l'avortement présente des modifications anatomiques qui ne sont que l'ébauche plus ou moins poussée selon l'âge de celles que nous avons trouvées achevées sur l'utérus à terme : hauteur, poids, épaisseur du muscle utérin varieront avec l'âge de la grossesse. La vascularisation est très accusée. Au début de la grossesse jusqu'au deuxième mois l'augmentation de volume de l'utérus est due surtout à l'hypertrophie de ses parois : la muqueuse a triplé de volume, de deux à six

millimètres, ainsi que ses dépendances, ses fibres musculaires se sont hypertrophiées. L'œuf est encore très petit et logé dans une cavité utérine non en rapport avec l'augmentation du volume total de l'organe. Ce n'est qu'à partir de deux mois pleins que l'œuf va devenir quantité appréciable par rapport à l'épaisseur des parois utérines pour ensuite augmenter rapidement son volume alors qu'au contraire les parois de la cavité n'augmenteront plus proportionnellement en épaisseur et que la caduque commencera à s'amincir.

Dès les premières semaines, mais loin d'atteindre un développement comparable à celui des dernières, la sensibilité et la contractilité de l'utérus seront développées en raison directe d'un développement de ses fibres musculaires ; elles varieront encore selon que l'expulsion de l'œuf aura été naturelle ou provoquée. Il semble en effet que dans ce dernier cas, lorsque l'œuf perforé se vide de son liquide et de son embryon, quelquefois l'utérus non seulement a de la peine à expulser ses annexes membranes et placenta, mais encore que cet organe brusquement arrêté dans son développement tarde à mettre en jeu sa contractilité, de là la rareté actuelle de l'expulsion de l'œuf complet avant le troisième mois : ce qui est la règle dans les avortements naturels.

Une coupe parallèle au grand axe d'un utérus de trois mois et demi après avortement nous montreraient les mêmes caractères macroscopiques que ceux décrits à propos de l'utérus à terme quand aux aires placentaire et membraneuse.

Histologiquement on constate une épaisse couche de cellules déciduales bien vivantes non dégénérées, sans épithélium, parcourues par de très nombreux capillaires ; et entre ces cellules de très nombreux espaces glandulaires avec leur épithélium de revêtement, espaces qui dans la suite vont s'effacer sous la poussée de l'œuf et l'étirement de la caduque appelée à recouvrir la surface de l'utérus en voie de développement rapide.

Dans cette cavité utérine criblée d'orifices vasculaires qui normalement doivent être oblitérés par l'adossement exact,

l'engrènement des parois antérieure et postérieure et par la ligature formée autour des vaisseaux par les fibres musculaires rétractées, tout obstacle nuisant à cette double action sera une cause d'hémorragie.

Traiter de l'hémorragie par inertie utérine simple n'entre pas dans le cadre de notre sujet. Nous nous occuperons plus spécialement de l'hémorragie qui est la conséquence du placenta incomplètement décollé. Ce placenta agit en mettant obstacle à la rétraction active, à la tonicité du muscle utérin. Les vaisseaux si abondants de la sérotine sont béants, le sang s'échappe par ces brèches et par le sinus circulaire du placenta déchiré. Il ne peut être question alors d'accolement des parois utérines. Tous les corps étrangers contenus dans la cavité (comme les caillots) en forçant cette tonicité musculaire ou en empêchant l'engrènement (comme les membranes) des parois utérines auront le même résultat. C'est ce qui explique la gravité exceptionnelle du décollement du placenta normalement inséré.

Nous avons eu l'occasion de voir cette année à la clinique obstétricale d'Angers une femme de 38 ans, multipare, enceinte de huit mois. Cette femme aurait été prise, au cours de sa grossesse jusque-là normale, d'une douleur extrêmement vive dans tout le bas ventre avec syncope. A son entrée à la Maternité on constate que la malade est pâle, anémiée, son pouls bat à 145, la température est de 37°4, elle est agitée et se couche toujours sur le côté droit. On porte le diagnostic de décollement du placenta normalement inséré en faveur duquel existe la tension, le volume et la dureté de l'utérus, la déhiscence du col, la mort du fœtus, la présence d'albumine dans les urines. On endort la malade, on pratique la dilatation manuelle du col; du sang liquide, noirâtre s'écoule en grande quantité. On sent l'œuf décollé, les membranes intactes, on extrait le fœtus mort et le placenta; il sort à la suite des caillots énormes dont le poids s'élève à 1.365 grammes. Malgré les injections chaudes, les injections d'éther, de sérum intra-veineux et hypodermique la malade succombe.

On voit d'après cette observation que l'utérus très distendu et énormément contracté n'avait pu mettre en jeu sa tonicité musculaire.

Dans l'avortement provoqué la rupture traumatique des vais-

seaux utérins ou placentaires peut être cause d'hémorrhagie avant tout décollement placentaire. Il semble d'ailleurs, comme nous l'avons déjà dit, que dans l'avortement provoqué l'utérus non préparé par des contractions antérieures soit long à mettre en jeu sa tonicité et à réaliser l'hémostase physiologique.

La cavité utérine après l'expulsion du fœtus et des annexes est, a-t-on dit, une vaste plaie propre à toutes les résorptions. L'apport d'un germe pathogène est la condition de l'infection. Entré dans la place le microbe trouvera de nombreuses conditions favorables à sa multiplication : d'abord un excellent milieu de culture dans l'écoulement lochial, une faible barrière à sa propagation dans la muqueuse en partie détruite, sans épithélium de défense avec de nombreuses anfractuosités où le germe pourra se développer à l'abri des agents physiques ou chimiques employés pour l'arracher ou le détruire ; enfin les orifices vasculaires thrombosés ou béants seront des voies de pénétration facile quand faiblira la tonicité musculaire.

La présence de masses placentaires ou de débris membranux retenus dans la cavité sont une puissante cause d'infection par suite de leur grande facilité à subir les atteintes des microbes de la putréfaction.

Les hémorragies abondantes ou répétées en affaiblissant le terrain, en paralysant la phagocytose ouvrent la voie à l'infection.

Les conditions dans lesquelles se trouvent l'utérus vis-à-vis de ce développement de l'infection sont un peu différentes après l'accouchement et après l'avortement.

Post-partum l'utérus avec sa cavité immense, très anfractueuse, ne possédant plus que des rudiments de caduque au niveau de laquelle s'ouvrent les orifices vasculaires très dilatés, se défendra moins bien contre l'infection que l'utérus du post-abortion plus petit, plus lisse, avec une caduque peu dégénérée, offrant encore une solide barrière aux germes et protégeant des orifices vasculaires moins dilatés.

Mais les causes d'infection sont souvent plus nombreuses dans l'avortement que dans l'accouchement ; l'apport des ger-

mes pathogènes, la rétention placentaire et membraneuse étant plus fréquente dans l'avortement, surtout dans l'avortement provoqué si fréquent actuellement.

CHAPITRE IV

INDICATIONS RESPECTIVES DU CURAGE ET DU CURETTAGE APRÈS L'ACCOUCHEMENT. SOIT POUR HÉMORRAGIE SOIT POUR INFECTION

Après l'accouchement, à quel mode d'intervention nous adresserons-nous pour combattre les complications hémorragiques ou infectieuses que nous venons d'exposer.

Avec l'inertie utérine primitive que nous ne traitons pas, la rétention placentaire et la rétention de caillots volumineux non exprimables par manœuvres externes sont les grandes causes de l'hémorragie de la délivrance. Elles agissent, avons-nous dit, en empêchant la mise en jeu du grand mécanisme de l'hémostase physiologique, de la tonicité musculaire. Immédiatement après, l'utérus délivré artificiellement de son placenta ou de ses caillots qui l'encombrent, recouvrera la tonicité la plus souvent. Nous ferons la délivrance artificielle qui en somme n'est qu'un curage manuel ; la main en est l'instrument parfait, non offensant, non aveugle. Il n'y a le plus souvent aucune difficulté réelle à l'introduction de la main dans les parties génitales et le vagin d'une femme récemment accouchée.

Quand dans les jours qui suivent l'accouchement, une malade présente de la température, de l'accélération du pouls, de la fétidité des lochies, une mauvaise involution de l'utérus, que cet organe est douloureux au toucher, il faut s'assurer que cet utérus ne retient pas des débris placentaires, des membranes, un cotylédon adhérent, voir même un placenta entier infecté.

L'endoscopie utérine à l'aide de l'hystéroscope préconisée par

Bouchacourt et par Pavin serait avec l'éclairage parfait de la cavité utérine et son maniement paraît-il facile, un excellent moyen de contrôle intra-utérin. Mais ce ne sera sans doute, d'ici longtemps peut-être qu'un moyen d'exception ; et dans la pratique actuelle, le doigt, à défaut de la main impossible à introduire dans l'utérus, nous semble le meilleur moyen de contrôle. Le curage digital qui dérive de la délivrance artificielle présente, nous semble-t-il, les mêmes avantages qu'elle. Simple, souvent facile, non offensant, il permet de se rendre compte de l'état de la cavité utérine. Ce curage digital soigneusement et méthodiquement fait permettra d'évacuer sans tarder les produits septiques.

Cette intervention accomplie l'utérus à retention infectée rentrera dans la catégorie des utérus infectés sans retention, jusqu'ici croyons-nous le mode d'intervention idéal, d'ailleurs accepté sans discussion possible par le plus grand nombre, étant le curage manuel ou digital. Mais dans le cas d'utérus infecté sans retention que faire de plus, faut-il s'adresser au curettage instrumental ?

Voyons d'abord les graves critiques que l'on a faites à ce mode d'intervention sur un utérus à terme ou près du terme et récemment délivré.

Il est difficile, quasi impossible, de déterger de débarrasser de tous les débris infectés qui la tapissent une surface aussi vaste que celle que présentent les parois de la cavité utérine avec cet instrument aveugle qu'est la curette. Ces éléments d'ailleurs sont enfouis sous des épaisseurs très différentes dans les replis de la musculeuse, donc impossibles à atteindre. Si l'on veut s'acharner à leur poursuite, les dangers de perforation dans cet utérus ramolli, à faisceaux musculaires en voie de rapide régression, deviendront réels de problématique qu'ils sont si l'on ne fait qu'un curettage prudent, non appuyé.

Enfin les enlèvements-nous tous voyons quel est le terrible réquisitoire de Blumm contre les dangers du curettage : « Si les éléments de la caduque opposent de la résistance au progrès de l'infection, il est irrationnel d'aller avec curette la suppri-

mer, l'enlever en grande partie du moins, tandis que ce curettage laissera toujours des microbes qui pulluleront et se reproduiront plus vite que les cellules destinées à réagir contre eux. Bien plus la curette va inoculer, elle va pénétrer chargée de microbes dans les interstices conjonctifs, ouvrir les vaisseaux lymphatiques, favoriser en somme la pénétration des agents infectieux ».

Pour diminuer les difficultés que présente le curettage complet de la vaste surface utérine post-partum, on a imaginé des curettes spéciales, géantes, permettant de procéder par de larges stries, avec un bec très recourbé, très arrondi pour éloigner tout risque de perforation dû à un choc de la pointe. Mais même avec ces instruments nous ne croyons pas qu'il soit possible d'enlever la caduque infectée en sa totalité : témoin une des planches qui sont reproduites dans l'ouvrage de M. Pinard et Wallich sur l'infection puerpérale.

Si de nombreuses observations de curettage *post-partum* à résultats favorables ont semblé montrer que les critiques théoriques de Blumm sont quelquefois en désaccord avec la clinique, il n'en reste pas moins vrai que les élévations de température, les frissons qui suivent ces curettages sont très souvent la cause d'une inoculation de germes dans la circulation sanguine ou lymphatique. Des bactériémies foudroyantes ont souvent été la cause de ces inoculations à doses massives qui sidèrent toute défense organique.

Enfin nous tirerons une autre preuve de la difficulté de compter sur le curettage pour traiter l'infection utérine *post-partum*, de l'incertitude où sont ses partisans pour nous dire quand il faut le pratiquer.

Quels sont les signes qui nous indiqueront que l'intervention est opportune ? A quelle température ? A la première élévation de température disaient autrefois les promoteurs de la méthode. Exagération manifeste qui ne se défend plus ; après 24, 36 heures même d'élévations répétées ? Faut-il attendre pour intervenir le deuxième frisson ? comme le préconisent MM. Pinard et Wallich. Mais ce frisson n'indique-t-il pas que l'infection n'est

plus localisée à la caduque utérine ; n'est-il pas alors trop tard pour faire un traitement local qui certainement alors n'a plus chance d'enlever tous les germes.

A quel jour de l'infection interviendrions-nous avec la curette ?

On ne doit pas faire le curettage avant le troisième jour, nous dit M. le professeur Pinard, et il a beaucoup insisté sur ce point. Il sera alors bien tard dans les cas d'infection grave ayant débuté quelques heures après l'accouchement. Pas après le huitième jour, ajoute-t-il. Il règne donc une grande incertitude au sujet des indications du curettage. Dans ces conditions nous sommes d'avis d'en restreindre son emploi à quelques cas tout à fait exceptionnels, et d'en faire une intervention d'exception après l'accouchement. Peut-être pourrait-on l'employer dans des cas de rétentions placentaires infectées tardivement, ne se révélant à l'examen que huit, dix, douze jours après l'accouchement par une élévation de température modérée, des lochies fétides ; l'utérus est alors bien revenu, sa cavité petite, la muqueuse régénérée en partie a pu opposer une solide barrière aux germes et n'être infectée que dans ses couches superficielles. Alors dans ce cas le curettage peut être la suite rationnelle d'un curage digital qui aura d'abord exploré puis débarrassé la cavité utérine des débris placentaires ou des cotylédons retenus et infectés, fait légèrement il pourrait enlever les parties superficielles de la muqueuse infectée.

Sauf cette exception rare et peut-être discutable, le curettage après l'accouchement nous semble une intervention pleine de dangers, aussi à la clinique obstétricale d'Angers nous ne l'employons jamais dans cette circonstance. Nous lui préférons de beaucoup le curage dans les cas de rétention infectée. Nous traitons ensuite l'infection de la caduque par l'écouvillonnage de la cavité avec la technique indiquée précédemment. Il nous semble avoir l'avantage de déterger la caduque suffisamment de ses parties infectées et nécrosées sans faire courir le risque d'inoculer le système vasculaire et lymphatique. Un badigeonnage de la cavité à l'iode sous forme de teinture d'iode ou de

solution iodo-iodurée forte, suivi d'un tamponnement de la cavité à la gaze légèrement iodée complète notre intervention. Cet emploi du tamponnement iodé pour lequel il ne s'agit pas ici d'insister nous semble répondre à plusieurs indications :

1° Lutter par le pouvoir antiseptique de l'iode contre les germes pathogènes, si possible, en tout cas :

2° Atténuer leur virulence. Neutraliser les toxines qu'ils secrètent.

3° Eviter les intoxications médicamenteuses d'absorption, l'iode étant en général bien supportée par l'organisme.

4° Enfin assurer le drainage de la cavité utérine par la mèche qui dilate le col et permet l'écoulement constant de liquides secrétés.

CHAPITRE V

INDICATIONS RESPECTIVES DU CURAGE ET DU CURETTAGE APRÈS L'AVORTEMENT SOIT POUR HÉMORRAGIE SOIT POUR INFECTION.

Nous avons vu, en étudiant les conditions de l'utérus après l'avortement, combien la rétention de la délivrance est fréquente. Elle est presque physiologique à partir du troisième mois et comme l'enseignait Mauriceau : « Il en est de même qu'aux fruits qui se détachent et qui tombent d'eux-mêmes de l'arbre quand ils sont murs et qui au contraire en sont difficilement séparés lorsqu'ils sont verts. C'est ce qui fait que la femme qui avorte est bien plus difficilement délivrée que celle qui accouche à terme ». Et si dans l'avortement « l'expulsion du fœtus n'est rien, celle du délivre est tout » a dit Guéniot.

Nous n'avons pas à discuter ici l'opportunité d'une intervention précoce, nous avons admis que l'abstention est quelquefois funeste, toujours dangereuse car elle laisse la malade exposée aux accidents précoces d'hémorragie et d'infection. Y échappe-t-elle d'ailleurs grâce à une asepsie rigoureuse, elle est toujours sous le coup des accidents éloignés.

Nous n'exposerons pas non plus le traitement de la rétention placentaire par la dilatation lente du col par les tiges de laminaire ou par l'introduction des ballons de Champetier de Ribes ; ce dernier moyen surtout que nous avons vu employer quelquefois nous paraît simple, facile et donne souvent d'excellents résultats. Mais il est infidèle et s'il donne toujours une dilatation du col suffisante pour faciliter les interventions ultérieu-

res, il n'amène pas toujours avec sa propre expulsion celle du placenta non décollé, malgré le réveil de la contraction utérine. C'est pourquoi nous nous adressons le plus souvent au curage et au curettage. Ces deux interventions auront encore ici leurs indications respectives d'abord selon l'âge de la grossesse et partant le volume de l'utérus et le mode d'implantation de l'œuf sur la caduque utérine, ensuite selon que la rétention se compliquera ou non d'infection.

Jusqu'à la fin de la sixième semaine, peut-être plus tard l'œuf, a-t-on dit, est : Placenta partout ; la cavité utérine est très réduite non en rapport avec le volume total de l'organe dû surtout, avons-nous dit, à l'accroissement de la caduque et des fibres musculaires. A cette date de la grossesse l'expulsion de l'œuf en un temps devrait être la règle. La rétention des annexes d'un œuf de moins de deux mois est fréquente aujourd'hui, rétention souvent contaminée dès les premières heures par des manœuvres criminelles.

Intervenir avec le doigt dans un utérus à cavité petite, à col non ramolli, difficilement dilatable, autrement que pour explorer est impossible. La caduque épaissie, sans placenta différencié ne se laisserait pas décoller par le doigt. Le curettage est seul possible dans ces conditions. Il est efficace aussi bien dans les accidents hémorragiques que dans les accidents infectieux car fait à temps il aura chance d'enlever complètement et les villosités et la portion caduque infectée. Enfin il est sans danger, la paroi musculaire hypertrophiée offrant une barrière encore ferme, facile à respecter (Observ. XIII).

A mesure que la grossesse augmente en âge, la cavité utérine se développe rapidement, le placenta se différencie nettement. Les indications du curage et du curettage vont se tirer de la nature des accidents que l'on a à combattre et du but que l'on veut atteindre. Les deux procédés, on ne saurait trop insister sur ce point, ne sont pas comparables parce qu'ils s'adressent à des phénomènes distincts : le curage a pour but d'extraire les corps étrangers intra-utérins, le curettage est fait pour abraser la muqueuse utérine malade, et accessoire-

ment pour détacher des lambeaux placentaires ou membraneux très adhérents qui peuvent échapper au doigt.

Lorsque nous avons étudié les causes de l'hémorragie post-abortum, nous avons mis en première ligne la rétention placentaire. Pour extraire cette rétention, ce corps étranger qui met obstacle à la tonicité musculaire, nous nous adresserons donc *à priori* au curage digital, à défaut du curage manuel souvent impossible, vu les dimensions trop restreintes, pour permettre l'introduction de la main dans la cavité utérine.

Selon la technique exposée précédemment après anesthésie générale préalable, la main est introduite dans le vagin et le doigt ou les doigts introduits dans le col toujours perméable (sauf contracture) dans les cas de rétention, iront explorer la cavité du corps utérin bien maintenu et abaissé par la main abdominale. La rétention placentaire bien constatée dans son siège et son volume, on complète s'il y a lieu la dilatation du col pour permettre l'introduction de deux doigts si possible. On procède d'abord si c'est nécessaire au décollement du placenta, lentement, minutieusement, sans violence en suivant bien tous les détails techniques indiqués, le succès est à ce prix. L'extraction se fera ensuite. Une nouvelle exploration digitale permet de s'assurer que la cavité est bien vide et la muqueuse lisse. L'écouvillonnage et le lavage de la cavité entraînent les lambeaux flottants. La malade est le plus souvent à l'abri de tout nouvel accident. C'est l'histoire clinique des malades dont nous rapportons les observations aux nos III, IV, VII, IX, XI, où le curage a semblé avec juste raison l'intervention de choix, facile, complète, non offensante.

Mais si après ce curage et l'écouvillonnage l'exploration digitale démontre qu'il reste quelques débris placentaires fortement adhérents aux parois utérines, si la cavité saigne abondamment, quelques coups de curette aux points suspects sont indiqués. Le curettage complète alors l'action du doigt dans ces cas exceptionnels nous semble-t-il (Observ. II, V, XIII, XV).

Les accidents hémorragiques de la rétention placentaire se compliquent souvent d'accidents infectieux. Nous savons com-

bien fréquents sont les avortements criminels suspects *à priori* d'apports septiques. Dans les avortements naturels même le placenta privé de vie active par la cessation partielle de la circulation inter-utéro-placentaire est un lieu de moindre résistance où se développeront avec une extrême facilité les germes venus du dehors. C'est dans le placenta retenu que semblent se développer au début les germes de la putréfaction. La caduque non dégénérée, bien irriguée, résiste quelque temps à l'attaque microbienne, et ainsi que Bumm et Péraître l'ont démontré les microorganismes dans l'endométrite puerpérale résident pendant quelque temps dans les couches superficielles de la caduque.

Une intervention rationnelle nous conduira tout d'abord à débarrasser la cavité utérine du corps étranger infecté, du placenta. Le curage digital faisant suite à l'exploration digitale de la cavité nous semble tout indiqué. Les manœuvres seront les mêmes que dans le cas de placenta non septique. Un badiageonnage de la cavité à l'iode et la mise en place d'un tampon iodé intra-utérin triompheront de l'ensemencement superficiel de la caduque utérine.

De nombreuses observations montrent que ce traitement est suffisant dans beaucoup de cas où, malgré la fétidité constatée des lochies, la masse placentaire seule était infectée, la caduque ayant résisté victorieusement aux germes sans doute peu virulents.

Cette conduite préconisée dans ces cas de placenta infecté sans phénomènes généraux marqués est défendable et de nombreuses observations favorables viennent l'appuyer. Théoriquement d'ailleurs on respecte la « cuirasse muqueuse de M. Demelin, la caduque ».

Pratiquement le curettage instrumental suit souvent le curage digital dans le cas de lochies infectées sans phénomènes généraux. Le placenta putréfié, beaucoup plus facilement que le placenta sain, se fragmente sous le doigt ; l'action des germes ayant désorganisé, mortifié son stroma. L'opérateur est hanté de la crainte de laisser des débris placentaires septi-

ques, surtout au niveau des cornes difficiles à curer. D'autre part les dangers du curettage sont réduits au minimum. Le muscle est épais, assez ferme, il ne se laissera pas facilement entamer par la curette. La caduque épaisse, non dégénérée au moins dans sa profondeur, peut être sans danger détergée de ses couches superficielles infectées peut-être. Un curettage prudent respectera la cuirasse profonde, formée de couches saines encore et bien vivantes à l'abri desquelles se reformera la muqueuse.

Pour ces raisons le curettage suit le curage, souvent le curage digital dans les cas de rétention infectée. Des phénomènes généraux graves, fièvre, frissons, indiquant une pénétration plus profonde des germes dans la caduque, ou une virulence plus grande des microorganismes nous semblent être une indication formelle du curettage après curage, l'ablation totale de la caduque infectée pouvant peut-être enrayer l'infection. Nous avons vu qu'elle était possible dans cet utérus post-abortum, petit, à musculature presque lisse, ne renfermant pas profondément dans ses replis des clapiers de caduque injectée. L'ouverture des vaisseaux sanguins et lymphatiques et leur inoculation par les produits septiques est moins à redouter post-abortum que post-partum, le volume et l'abondance de ces vaisseaux étant beaucoup moindre que plus tard.

Telle a été la conduite suivie dans les cas relatés aux observations : I, II, V, VI, XII, XIII, XIV, XV. — XVI, XVII, XVIII. Enfin la cavité utérine vide de toute rétention placentaire peut s'infecter après avortement. Le seul traitement applicable est évidemment le curettage et ces cas seront traités par la curette, le doigt ne pouvant servir que d'agent d'exploration (Voir observations).

Ainsi dans le traitement des accidents hémorragiques ou infectieux qui suivent l'avortement, le curage digital semble devoir être mis au premier plan. Le curettage en théorie doit être le traitement accessoire, peu fréquent. En pratique pour les raisons sus-indiquées il suit souvent le curage qu'il complète heureusement.

CHAPITRE VI

COMPLICATIONS HÉMORRAGIQUES ÉLOIGNÉES DE L'ACCOUCHEMENT ET DE L'AVORTEMENT

Indications respectives des deux opérations.

Il est des cas relativement fréquents ou en dehors de toute infection concomitante des débris placentaires des cotylédons adhérents, dans les cas d'accouchements, quelquefois même des placentas entiers, dans des cas d'avortement, peuvent être tolérés pendant un temps plus ou moins long, de quelques semaines à quelques mois (13 mois dans une observation de Bender) par la cavité utérine.

Ces débris retenus grâce à leurs connexions vasculaires avec les parois utérines ne se nécrosent pas toujours, ils peuvent continuer à vivre de vie ralentie et subir une transformation scléreuse, parfois même ils prolifèrent donnant naissance aux polypes placentaires appelés quelquefois déciduomes bénins et même aux déciduomes malins. Ils manifestent leur présence dans la cavité par des hémorragies, tenaces, répétées qui peuvent à elles seules, sans qu'on ait affaire à une transformation maligne, conduire les malades à la cachexie et à la mort. Ces hémorragies sont dues aux troubles apportés d'une part à l'involution utérine par la présence de ces rétentions placentaires et d'autre part à la structure histologique de ces mêmes parties retenues.

Les troubles de subinvolution utérine portent : sur la partie

musculaire qui reste molle, volumineuse, encore très vasculaire, conservant par défaut de rétraction une cavité volumineuse et sur la muqueuse utérine dont les modifications histologiques sont bien connues. Cette muqueuse entièrement reformée, peut être hyperplasiée, entretenue qu'elle est dans un état de congestion permanente par de petits débris placentaires. Cette congestion se traduira pas des hémorragies plus ou moins abondantes et souvent répétées. C'est la métrite hémorragique simple qui pourra secondairement s'infecter (observ. VIII). D'autrefois la régénération de la muqueuse ne s'est faite que partiellement et à côté de fragments de muqueuse normaux on trouve des débris de caduque typique.

Des coupes pratiquées au niveau des parties placentaires retenues nous offrent : soit des exemples de transformation scléreuse « avec oblitération des vaisseaux, transformation conjonctive du stroma des villosités, atrophie de certaines cellules, hypertrophie de certaines autres » (Châput) soit une prolifération des éléments placentaires. Cette prolifération porte sur le revêtement des villosités qui alors que le stroma est sclérosé et les vaisseaux oblitérés, présente tous les signes d'une prolifération active dans la couche des cellules de Langhans et surtout dans le syncytium (voir Th. Estéoule). Cette prolifération se fait en profondeur vers les couches profondes de l'utérus, vers le muscle. C'est ce qui a lieu dans le cas de transformation maligne, môle, déciduome malin.

Contre ces complications hémorragiques éloignées curage et curettage ont encore leurs indications respectives.

Dans ces cas il y a souvent subinvolution partielle du col qui est resté volumineux, rouge, tuméfié et il admet facilement l'introduction du doigt surtout chez les multipares (Doléris). Une dilatation suffisante peut d'ailleurs être obtenue par les bougies de Hégar. On procède alors à une exploration digitale de la cavité de l'utérus. Si l'on rencontre une masse placentaire d'un volume suffisant pour donner prise au doigt on procède au curage digital. Puis l'on procède à un curettage soigneux, énergique même qui seul aura chance d'enlever en même

temps les néoformations placentaires, les débris de caduque et la muqueuse malade hyperhémisée et hyperplasiée.

Le doigt seul serait évidemment impuissant à accomplir ce travail ; la curette et la curette tranchante encore nous semble être l'instrument indiqué et nécessaire de cette intervention.

A ces dates éloignées de l'accouchement, le col ne se prête qu'à une dilatation limitée ; la cavité utérine est généralement petite, les manœuvres du curage digital sont pénibles pour l'opérateur. La curette au contraire pénètre facilement, son action dans une petite cavité peut être complète. Le muscle utérin a repris en grande partie sa résistance et si l'on a bien soin de réduire les déviations utérines de règle dans ce cas, les dangers de perforation sont nuls. L'action du curettage nous semble alors prépondérante.

OBSERVATIONS

Observation 1. — Hémorragie consécutive à la rétention d'un fragment placentaire survenue six semaines après l'accouchement. Curage. Curettage. Guérison.

Mme L..., âgée de 23 ans, secondipare. 1^{re} grossesse à 22 ans enfant mort, 2^e grossesse à 23 ans enfant vivant.

Entrée à la Maternité le 15 octobre 1908. Depuis son 2^e accouchement datant de 6 semaines, normal, la malade dit avoir eu trois pertes abondantes.

Dans la nuit du 15 octobre : perte très abondante ayant duré trois heures, la femme est exsangue. Le doigt introduit dans la cavité utérine sent un noyau placentaire situé dans la corne gauche. On l'extrait de suite, sans chloroforme. 4 jours après cette extraction : élévation de température : 39°. Pouls 120. Devant cette infection légère, on fait le curettage.

Guérison.

Le placenta du volume d'un œuf examiné histologiquement était dur et scléreux.

Observation 2. — Avortement. Hémorragie. Rétention placentaire. Curage et curettage. Guérison.

Mme H..., 29 ans, entrée le 10 juin 1908. Secondipare.

La malade, à son arrivée, dit avoir accouché chez elle le 5 juin. Elle aurait eu ses dernières règles le 4 mars ; elle aurait donc fait une fausse couche de 2 mois et demi. La malade étant prise de frissons après sa fausse couche est envoyée à la Maternité. Entrée le 10 juin, elle en repart le 11 juin malgré nous.

Le 13 juin la malade étant prise d'une perte sanguine assez considérable avec caillots expulsés est envoyée de nouveau à la Maternité. Pas de fièvre.

On l'endort et un doigt introduit dans le col utérin trouve un placenta, on en fait le décollement et on ramène les débris placentaires avec un courant d'eau bouillie. Une nouvelle exploration de la cavité utérine avec le doigt montre que des débris placentaires sont retenus dans la corne

droite. On les enlève, on fait l'écouvillonnage puis le curettage. Ecouvillonnage à la teinture d'iode, on laisse une mèche intra-utérine iodée.

Pansement vaginal. Deux tampons.

Tampon vaginal retiré le lendemain soir.

Tampon utérin retiré 40 heures après. Guérison.

Observation 3. — Avortement. Rétention placentaire. Lochies odorantes. Curage. Guérison.

Mme L., 49 ans, primipare, entre à la Maternité le 19 juin 1908.

Dernières règles le 4 avril. Le 9 juin la malade dit avoir eu des coliques avec expulsion de caillots sanguins.

A son arrivée à l'hôpital on trouve le col utérin entr'ouvert laissant passer une masse molasse d'odeur fétide. On fait des injections attendant l'expulsion spontanée. Pas de fièvre. Le lendemain les lochies étant plus odorantes on intervient. La malade étant endormie on extrait le placenta qui se trouve dans le col.

Injection au permanganate et à l'eau oxygénée. On place une mèche et on fait le pansement vulvaire. Guérison.

Observation 4. — Avortement de 5 mois. Lochies odorantes. Fièvre. Curage manuel. Guérison.

Mme Ch..., entre à la Maternité le 16 mars 1908, a eu 9 grossesses. La dixième est un avortement de 5 mois. A son arrivée on lui donne une injection vaginale, et on pratique le toucher ; on trouve dans le col la masse placentaire adhérente. Le lendemain les lochies étant odorantes la température : 38° on se décide à intervenir.

On endort la malade, injection vaginale. On place une valve vaginale, on pince le col avec une pince à griffe. Injection intra-utérine avec la sonde de Doléris. On décolle le placenta avec le bord cubital des mains. On essaie d'extraire le placenta décollé avec une pince, en ayant soin de continuer l'injection intra-utérine qui ramène le placenta vers le col. Le placenta très friable se déchire, on l'extrait alors avec la main.

Ecouvillonnage de l'utérus, on place une mèche iodée dans la cavité utérine. Pansement vulvaire. Guérison.

Observation 5. — Rétention placentaire après avortement. Hémorragie et infection. Curage et curettage. Guérison.

Mme Ch..., 28 ans secondipare, entre à la Maternité le 29 février 1908. un accouchement à 23 ans gémellaire. Le second eut lieu il y a 2 ans et demi.

En novembre dernier la malade voit ses règles avec un retard de quinze jours, elles durent huit jours environ, pour revenir vers le 10 février et vers le 20 du même mois, cette fois accompagnées de douleurs et de nombreux caillots. La malade entre alors à la maternité.

Devant l'hémorragie et l'élévation de température à 38° ; on se décide à intervenir. Chloroforme. La malade est mise dans la position obstétricale, injection vaginale, dilatation et injection intra-utérine à l'aide de la sonde de Doléris. Dilatation du col avec les bougies de Hégar, on introduit le doigt dans la cavité utérine et on en retire un petit noyau placentaire situé dans la corne utérine droite. Avec la curette on termine le nettoyage de la cavité, on ramène encore une certaine quantité de débris placentaires et sanguins organisés.

Injection intra-utérine. Mèche iodée et pansement vulvaire. Chute de la température et guérison.

Observation 6. — Avortement. Rétention placentaire. Infection légère. Curage et curettage. Guérison.

Mme B..., 39 ans, entre à la Maternité le 13 mars 1908, 6 grossesses à termes. Les dernières règles ont eu lieu du 18 au 23 janvier. Dans la nuit du 12 mars la malade est prise de coliques avec expulsion de nombreux caillots. Intervention le 14 mars.

La malade présente au toucher un col entr'ouvert. Le doigt rencontre dans le col le placenta présentant une légère odeur qui motive l'intervention. Le placenta est facilement décollé, il s'insère sur le fond de la cavité et dans la corne droite. T. 38°. Lorsqu'il est entièrement décollé, on introduit la sonde de Doléris et le placenta est expulsé sous l'influence du courant d'eau.

Ecouvillonnage de la cavité avec tampon sec, on s'assure avec le doigt qu'il ne reste plus rien dans la cavité utérine.

Curettage de la cavité. Ecouvillonnage à la teinture d'iode. Tamponnement de la cavité utérine avec une mèche iodée. Tampon vaginal. Pansement.

Observation 7. — Avortement de 3 mois. Rétention placentaire. Curage. Guérison.

Mme R..., 35 ans, entre le 10 juin 1908, a eu 4 grossesses et 2 avortements. Le premier est guéri par le repos et les injections. Le second s'accompagnant de lochies odorantes, on est obligé d'intervenir. Chloroformisation. Le col étant perméable on décolle le placenta qu'on retire. Pas de fièvre. Injection intra-utérine et écouvillonnage, on introduit une mèche iodée dans la cavité utérine et on fait un tamponnement du vagin. Guérison.

Observation 8. — Curettage pour métrite hémorragique. Guérison.

Mme G..., âgée de 39 ans, entre à la Maternité le 8 août 1908.

A eu trois grossesses, puis un avortement de 4 mois ayant occasionné une rétention placentaire probable.

Après cet avortement la malade a eu 2 fois des pertes très abondantes

avec expulsion de gros caillots. Pas de fièvre. On considère la malade comme atteinte de métrite hémorragique on l'endort et on lui fait un curettage qui montre que dans la corne utérine droite il existait une certaine quantité de fongosités.

Pansement iodé. Guérison simple sans incidents.

Observation 9. — Avortement. Rétention placentaire. Hémorragie. Curage. Guérison.

Mme B..., 35 ans, entrée le 22 mars 1908 a eu trois grossesses. Le 14 mars 1908 enceinte de deux mois et demi environ, elle expulsa après de fortes coliques un caillot sanguin assez volumineux. Le 22 mars elle est prise d'hémorragie abondante. Pas de température. On lui donne une injection chaude et on pratique le toucher. Le vagin est rempli de caillots qu'on retire et on sent à travers le col utérin qui est ouvert, des débris placentaires, on les décolle et on les amène à l'extérieur, inspection vaginale. Guérison.

Observation 10. — Avortement de 5 mois. Simple écouvillonnage. Guérison.

Mme C..., 31 ans. Secondipare, entre à la Maternité le 10 octobre 1907 après un avortement de cinq mois fait en ville. Une tentative de délivrance faite manuellement par un médecin n'aurait abouti qu'à une extraction partielle du placenta. Les dix derniers jours avant l'avortement la malade aurait perdu de gros caillots, L'enfant est bien conformé et a vécu 4 heures.

La température de la malade est de 37°8, le pouls est à 80. Intervention le 11 octobre. Injection intra-utérine. Chloroforme. On ne trouve pas de débris ni de caillots dans l'utérus qui est mou. Dès lors pas de curage. On fait alors un simple tamponnement avec une mèche iodée.

On ne fait pas le curettage, parce qu'on a affaire à un utérus mou et se rapprochant du terme. Chute de la température le lendemain de l'intervention. Guérison.

Observation 11. — Avortement. Rétention de débris placentaires. Infection. Curage manuel. Guérison.

Mme D..., 33 ans, entre à la Maternité le 10 septembre 1907. Les dernières règles avaient eu lieu à la fin de mai. La malade ayant un retard de 3 mois est prise le matin d'une hémorragie considérable accompagnée de violentes coliques qui durèrent jusqu'à onze heures. Le col est presque effacé, ouvert et contient une masse molle du volume d'un œuf de poule.

Dans la matinée du 11, expulsion spontanée du moule de la cavité utérine. Un nouveau toucher permet de constater dans le canal cervical une masse du volume d'un œuf de pigeon, adhérente. Les lochies étant odorantes. T. : 38°7, on se décide à intervenir. Chloroforme. Curage

manuel ramenant des débris de l'œuf. Ecouvillonnage à l'iode. On laisse une mèche à demeure. Tampon vaginal. Chute de la température. Guérison.

Observation 12. — Rétention placentaire après avortement. Infection. Curettage. Guérison.

Mme D..., 35 ans, entre le 12 août 1907 à la Maternité, elle dit avoir accouché le 10 août ; ses dernières règles avaient eu lieu du 15 au 18 mars. Elle n'était enceinte que de 4 mois et demi. — Dans la journée du 10 août, expulsion d'un fœtus mais la délivrance ne se fait pas. La malade est envoyée à la Maternité. On lui fait des injections intra-utérines qui ramènent des membranes. Mais les lochies devenant odorantes et la malade ayant 38° de température, on l'endort et fait un curettage de l'utérus. Chute de la température et guérison.

Observation 13. — Rétention placentaire après avortement de 1 mois 1/2. Curettage. Guérison.

Mme G..., 19 ans, entre à la Maternité le 3 juin 1907. Les dernières règles avaient eu lieu du 10 au 15 mars 1907. Dans la nuit du 28 mai la malade est prise d'hémorragie avec expulsion de caillots et d'une partie de l'œuf sur laquelle la malade ne peut donner de renseignement. Le reste de l'œuf n'est pas rendu, on essaie avec une injection intra-utérine de l'extraire, pas de résultat. La malade étant encore prise de nouvelles hémorragies est envoyée à l'hôpital. T. : 37°3. Pouls : 120.

On fait alors un curettage sous le chloroforme, après dilatation avec les bougies de Hégar. On ramène des débris ovulaires, on fait une cautérisation avec la teinture d'iode, on place une mèche iodée et on fait un pansement vulvaire. Guérison.

Observation 14. — Avortement de 4 mois environ. Enchatonnement du placenta. Curage. Curettage. Guérison.

Mme P..., 39 ans, entre à la Maternité le 8 mars 1907, a fait un avortement de 4 mois environ le 21 janvier. Depuis ce temps, la malade a des pertes. Le placenta n'a pas été retiré, l'état est satisfaisant, pas d'élévation de température, le pouls est à 72 environ.

Le toucher permet de constater un col entr'ouvert, et sous le chloroforme le doigt introduit dans la matrice au premier abord la trouve vide. En persistant il arrive dans un orifice contracté donnant accès à une cavité contenant la masse placentaire en partie adhérente.

Avec le doigt on décolle le placenta d'une façon incomplète. Devant l'impossibilité d'introduire deux doigts on met la sonde de Doléris. Sous la poussée du courant d'eau la masse placentaire tend à s'engager dans l'intervalle des branches de la sonde. On le saisit avec une pince, on le tend et la poussée de l'eau jointe à la tension permettent d'extraire la masse placentaire presque totalement. Comme il reste quelques débris de placenta, on fait un curettage consécutif.

Lavage iodé, tampon dans la cavité utérine. Guérison.

Observation 15. — Avortement de 4 mois. Rétention placentaire. Infection. Curage suivi d'un léger curettage. Guérison.

Mme Célestine B., 28 ans, tertipare entre à la Maternité le 7 février 1906, elle déclare perdre du sang depuis la veille. et a des coliques assez fortes.

Le 8 février dans l'après-midi la malade se plaint de coliques et expulse spontanément un fœtus de 4 mois environ. La température prise le soir est de 38°, le lendemain elle atteint 39°9 et le pouls est à 120.

En face de ces symptômes, marquant le début d'un processus d'infection on se décide à intervenir.

Le 10 février la malade est endormie, le doigt introduit dans le col trouve un placenta encore adhérent à la muqueuse utérine et l'attire hors du col. On introduit la sonde de Doléris, on pousse une injection dans l'utérus pour le débarrasser des produits de rétention, on fait un léger curettage, puis écouvillonnage au moyen d'un tampon iodé. Injection vaginale. Pansement vulvaire. Chute de la température. Guérison.

Observation 16. — Avortement de 3 mois. Rétention placentaire. Curage. Curettage. Guérison.

Mme V., 28 ans, entre à la Maternité le 17 mai 1905, a eu 3 grossesses. Dernières règles le 27 décembre.

Le 20 avril à la suite d'un effort : Hémorragie assez abondante existant pendant 18 jours.

Le 12 mai coliques violentes et expulsion d'un fœtus avec caillots sanguins. Le placenta et les membranes restent dans l'utérus. Les coliques reprennent la malade et persistent jusqu'au 16 mai, il se produit en même temps une hémorragie assez abondante.

Entrée à la Maternité le 17 mai. T. : 37°7. Pouls 120. On intervient sous le chloroforme. On dilate le col avec les bougies de Hégar ; le doigt introduit dans le col trouve le placenta qui est situé dans la corne utérine gauche, il est en partie décollé. Le doigt ne peut parvenir à le décoller complètement. On se sert alors de la curette. Après le curettage on fait l'écouvillonnage puis on place une mèche iodée et après un tamponnement vaginal on fait le pansement vulvaire. Chute de la température et guérison.

Observation 17. — Avortement de 3 mois. Rétention placentaire. Lochies odorantes. Fièvre. Curettage. Guérison.

Mme H., 41 ans, entre à la Maternité le 15 juin 1905, a eu 6 grossesses. Dernières règles du 28 au 30 janvier. Le dimanche 11 juin coliques violentes, on fait venir un médecin qui examine la femme et fait l'extraction manuelle d'un fœtus dépouillé du placenta et des enveloppes. Le placenta est extrait partiellement. et la malade est envoyée à la

Maternité le 14 juin, état général assez fatigué. Température : 38°8. Pouls à 100. Le toucher permet d'arriver facilement sur le col utérin. On endort la malade et on extrait des débris placentaires avec la curette, on fait ensuite l'écouvillonnage avec une mèche iodée : tamponnement vaginal et pansement vulvaire. Chute de la température et guérison.

Observation 18. — Avortement provoqué. Rétention placentaire. Infection. Curage. Curettage. Guérison.

Mme F..., 31 ans, entre à la Maternité le 12 février 1906 a eu 7 grossesses. Dernières règles du 15 au 20 novembre. La malade se livre à des tentatives d'avortement le 9 février, le 10 elle ressent des coliques accompagnées de pertes sanguines. Température : 38°. On endort la malade, le col est très perméable ; on lui fait un curettage qui ramène en grande quantité des débris de placenta et de membrane. Une pince à mors plats les attire aisément ; on recueille un débris qui à lui seul a le volume d'un gros œuf de pigeon. Ecouvillonnage avec une mèche iodée. Tamponnement vaginal et pansement vulvaire. Chute de la température. Guérison.

CONCLUSIONS

Le curage et le curettage sont deux opérations absolument dissemblables dont l'histoire et les indications sont totalement différentes.

Après l'accouchement le curage, ou comme on l'appelle la délivrance artificielle, est indiqué à la fois contre l'hémorragie et contre l'infection. Le curettage n'a presque pas sa place là et en règle générale il est à rejeter.

Après l'avortement si le curage a de beaucoup la première place ; le curettage est en second lieu plus défendable et compte à son actif des succès isolés mais concluants.

Les hémorragies éloignées, qu'elles soient consécutives à l'accouchement ou à l'avortement, sont surtout l'indication du curettage lorsque les débris restant dans la cavité utérine ont été extraits par la main.

VU :

Le Professeur, Président de thèse,
RIBEMONT-DESSAIGNES

VU :

Le Doyen
LANDOUZY

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBERT. — Traitement de l'avortement incomplet. *Thèse de Bordeaux*, 1887.
- BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — Pratique de l'art des accouchements, 1907.
- BOQUEL (A.). — De la rétention de l'arrière-Faix. — *Archives médicales d'Angers*, 1902.
- *Leçons de vulgarisation obstétricale*, 1905.
- BOSC. — Grandeur et décadence du curettage dans le traitement de l'Infection puerpérale. *Gaz méd. centre*, Février 1908.
- BRION. — 530 cas d'avortement. *Thèse Paris*, 1890.
- BUDIN. — Technique de la délivrance artificielle (*Revue de clinique et de Thérap.* Nov. 1888).
- *Annales de la Soc. obst. de France*, 1895.
- *Revue obstétr. internat.* Nov. 1898.
- CAPPON. — Rétention du placenta post-partum. *Thèse Paris*, 1905.
- CARTERET. — De l'écouvillonnage préventif dans l'avortement. *Thèse Paris*, 1900.
- CASTERAN. — Du traitement rationnel et précoce de l'avortement incomplet. *Thèse Paris*, 1906.
- CHALEIX, VIVIE et AUDEBERT. — Traitement de l'avortement incomplet.
- COLOMBY. — Recherches sur la rétention du placenta dans l'avortement. *Thèse Paris*, 1898.
- DÉMELIN (L.). — Sur le curage dans l'infection puerpérale, *ibid.*, avril 1906 (Discussion : MM. Boissard, Guéniot, Fournier, Brindeau, Bouchacourt, Tissier, Bonnaire).
- DOLÉRIS. — *Nouv. archives d'obs. et de gynéc.* 1886-1897.
- FURTIN. — Les indications du curettage en obstétrique et en gynécologie. *Thèse de Paris*, janvier 1904.
- GLEIZE. — Contribution à l'étude du traitement de l'avortement. *Thèse Paris*, 1900.
- HÉGAR. — *Pathol. und. therap. der Placenterretention*. Berlin, 1862.

- LEPAGE (G.). — De l'insécurité du curettage instrumental dans la rétention placentaire post-abortionum. *C. R. de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, mai et juin 1906 (Discussion : MM. Faure, Hartmann, Routier, Pozzi, Wallich, Champetin de Ribes, Pinard).
- MONTGOMERY. — Curettage de l'utérus. Indications, contre-indications, technique, complications. *The international journal of surgery*. Nov. 1905.
- MIOT. — De la conduite à tenir dans la rétention placentaire à la suite d'avortement. *Thèse Paris*, 1898.
- MISRACHI. — *Nouv. archives d'obst. et de gyn.*, 1887.
- PIERRA (L.). — Le curage dans l'infection puerpérale. *Revue des connaissances médicales*, 5 avril 1905.
- PINARD. — De la délivrance. *Revue pratique d'obst. et de Pédiatrie*, janvier-février 1902.
- PINARD et WALLICH. — Traitement de l'infection puerpérale.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- RASIS. — Indications du curettage dans les accidents fébriles post-partum. *Thèse Paris*, 1906.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — *Précis d'obstétrique*.
- VARNIER. — *Obstétrique journalière*.
- VILLARD. — Les accidents du curettage de l'utérus. *Thèse de Paris*, 1899.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION.	3
CHAPITRE PREMIER. — Définition du curage et du curettage.	
Leur but. Leur différence.	5
CHAPITRE II. — Manuel opératoire de ces opérations	7
CHAPITRE III. — Conditions de l'utérus après l'accouchement et après l'avortement : causes de l'hémorragie. Causes et méca- nisme de l'infection	16
CHAPITRE IV. — Indications respectives du curage et du curet- tage après l'accouchement, soit pour hémorragie soit pour infection	23
CHAPITRE V. — Indications respectives du curage et du curettage après l'avortement, soit pour hémorragie soit pour infection	28
CHAPITRE VI. — Complications hémorragiques éloignées de l'ac- couchement et de l'avortement.	33
Indications respectives des deux opérations	33
OBSERVATIONS.	36
CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAPHIE.	45



